大津市リハビリテーションセラピスト出前講座　申込書

大津市長　あて

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

団体名：

担当者氏名：

〒　　－

　　　　　連絡先：（　　　　）　　　－

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1希望　　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分  第2希望　　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分  第3希望　　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分 | |
| 実施場所 | 会場名 |  |
| 所在地 |  |
| 希望講座 | 希望講座メニューをいずれか１つ選んでいただき、（　）に○をご記入ください。  ①転倒・骨折について　　　　　　　（　　　　）  ②認知症について　　　　　　　　　（　　　　）  ③食べる事と話す事について　　　　（　　　　）  ④膝痛・腰痛予防について　　　　　（　　　　） | |
| 参加予定人数 | 人（参加者年齢　概ね　　　歳） | |
| 備考 |  | |

【お申込・お問い合わせ先】

最寄りのあんしん長寿相談所　または

長寿政策課 地域包括ケア推進室

〒520-8575 大津市御陵町３番１号

電話番号　　　：０７７－５２８－２７４１

ファックス番号：０７７－５２６－８３８２

メールアドレス：otsu1498@city.otsu.lg.jp